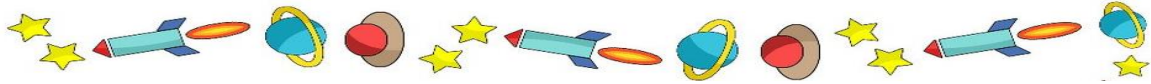




# 財團法人罕見疾病基金會

## 南區罕病到宅復健指導服務~報名簡章



罕見疾病病類繁多、多數病程緩慢，容易造成部分或全面性功能喪失，使得許多病友需要長期的復健與關懷，本會希望病友們可藉由復健治療指導，減輕身體的不適、改善身體功能的退化或減緩病程的進展，因此提供到宅復健指導服務，期望透過治療師指導照顧者在職能、語言、物理專業知能，給予病友適切的照護方式，並減輕照顧者不必要的照顧傷害，進而達到最佳的居家照護品質。



★服務對象：已加入罕見疾病基金會之病友，居住於台南市、高雄市及屏東縣市，具復健需求者，以行動不便、無人力協助外出復健或首次申請者為優先。

★服務方式：經本會人員評估病友狀況、接受服務之合適性後，由治療師至家中指導照顧者復健知能，每案提供 6-10 次指導服務或依治療師評估而定。

★報名方式：

1、線上：<https://reurl.cc/vnMbjL>，掃描右側條碼也可以報名喔

2、傳真：07-229-9095，請務必來電確認

3、郵寄：800-45 高雄市新興區民生一路 206 號 9 樓之 3

★洽詢專線：07-229-8311 分機 13，吳文欣 醫療服務專員



病友姓名		年齡	
疾病名稱		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
居住地址	<input type="checkbox"/> 台南 <input type="checkbox"/> 高雄 <input type="checkbox"/> 屏東		
就醫資訊	_____ 醫院/ _____ 科別/ _____ 醫師		
申請人姓名	<input type="checkbox"/> 病友本身 _____ <input type="checkbox"/> 與病友關係_____	連絡電話	
曾接受之復健治療： <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 未曾復健			
需求項目： <input type="checkbox"/> 復健需求指導( <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 語言 ) <input type="checkbox"/> 無障礙環境改善建議 <input type="checkbox"/> 輔具建議與訓練			
服務時段：星期_____ <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			
病友目前身體狀況概述：(如：肢體、語言等)			
對到宅復健的期待：			

